|  |
| --- |
|  |

**Gesundheitsfragebogen**

Diesen Bogen bitte ausfüllen, von dem / den Erziehungs-/Sorgeberechtigten unterschreiben lassen und zurückschicken.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | | Geburtsdatum | Stamm |
|  | |  |  |
| Straße & Nr. | | | PLZ, Ort |
|  | | |  |
| Schutzimpfungen (bitte Datum angeben) | | | |
| Tetanus       (nicht älter als 4 Jahre) / Hepatitis A       / Hepatitis B       / Diphtherie       / Polio/  Kinderlähmung      Masern/       / Mumps       / Röteln      / FSME      / Keuchhusten     /Wind-pocken     /sonstige Impfungen | | | |
| Bekannte Vorerkrankungen/Operationen | | | |
| Unser Kind/ich hatte folgende Erkrankungen | | | |
| Windpocken       Scharlach       Mumps       Masern       Röteln       Diphtherie | | | |
| Folgende Anfälligkeiten sind bekannt (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Reisekrankheit, Medikamenten-, Lebens-mittel-, sonstige Allergien, Epilepsie, etc.) | | | |
|  | | | |
| Mein / Unser Kind befindet sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung (behandelnder Arzt) | | | |
|  | | | |
| Mein / Unser Kind bekommt als Bedarfs-/ Dauermedikation folgende Medikamente und weiß damit umzugehen: | | | |
| Unser Kind nimmt die Medikamente selbst ein  ja  nein  Der Gruppenleiter sorgt für die regelmäßige Einnahme der Medikamente  ja  nein | | | |
| Bei meinem / unserem Kind ist auf Folgendes zu achten (Einschränkungen etc.) | | | |
|  | | | |
| Glaubenszugehörigkeit \* | Einschränkungen in der Behandlung | | |
|  |  | | |
| Krankenkasse | Kassennummer | | Versichertennummer |
|  |  | |  |
| Versichert über | Status | | Versichertenkarte gültig bis |
|  |  | |  |

\* Angabe freiwillig

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Funktion |
|  |  |  |
|  |  |  |

über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen/ Unfällen entscheidet der behandelnde Arzt vor Ort.

Im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalles darf / dürfen nur die Erziehungs-/ Sorgeberechtigten über Behandlungen entscheiden und in medizinische Eingriffe (einschließlich Operationen) einwilligen.

Es besteht zurzeit keine akute/ansteckende Erkrankung.

Ich bin / Wir sind (jederzeit) wie folgt zu erreichen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Telefon | Mobil |
|  |  |  |
| Straße & Nr. | | PLZ, Ort |
|  | |  |
| Name, Vorname | Telefon | Mobil |
|  |  |  |
| Straße & Nr. | | PLZ, Ort |
|  | |  |

Im Falle der Unterschrift nur eines Erziehungs-,/ Sorgeberechtigten versichert dieser an Eides statt, dass der andere Erziehungs-,/Sorgeberechtigte ebenfalls damit einverstanden ist. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die persönlichen und Behandlungsdaten zum Zwecke der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die Daten gelöscht!

Krankenversicherungskarte und Impfausweis werden mitgeführt.

Ort, Datum Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten